

frayeur, de l'aversion, etc.), immédiatement l'idée suggérée, semblable à une hallucination, subjuguait l'esprit du malade avec toute la puissance d'une vivante réalité, comme on pouvait le lire dans l'expression de sa face et dans tout son habitus ! — Pour faire pendant à ce que nous venons de dire, citons les observations de DUCHENNE, de LASÈGUE et de nous-même, dans lesquelles des hystériques peuvent être placés dans l'état cataleptique par l'occlusion artificielle des yeux (v. l'anesthésie hystérique, dans le chap. suiv.).

Outre l'hystérie, beaucoup de *psychoses* peuvent aussi se compliquer de catalepsie, surtout certaines formes graves de la mélancolie (*melancholia attonita*, *katatonie*), et parfois la paralysie progressive. L'étude détaillée de ces divers états doit être réservée à la psychiatrie. Toutefois des états cataleptiques se présentent encore dans d'autres *affections cérébrales* graves de nature organique, dans la méningite, les tumeurs cérébrales, le coma apoplectique, etc. Pour finir, disons incidemment qu'on a observé chez des enfants d'un à deux ans, souffrant d'une maladie quelconque, un état cataleptique assez prononcé qui, le plus souvent, était sous la dépendance d'une certaine obtusion du sensorium et parfois d'une hypnotisation engendrée par un milieu non accoutumé.

On a considéré la catalepsie comme une *entité morbide autonome*, quand elle se rencontre sous forme d'« *attaques cataleptiques* » chez des personnes saines sous tous les autres rapports. Les malades en question tombent d'une manière subite et sans motif apparent dans un accès de catalepsie qui se dissipe de lui-même après un temps plus ou moins long. Il est à penser que les faits de cette catégorie, en tout cas très rares, si tant est qu'ils ne sont pas de nature hystérique, doivent être envisagés comme des états *épileptoïdes* et classés par conséquent dans le cadre de l'*épilepsie* essentielle.

En présence de la multiplicité des processus morbides susceptibles de provoquer la catalepsie, il n'y a pas moyen de tracer de règles générales en ce qui concerne son *pronostic* et son *traitement*. Il suffira de s'en rapporter au chapitre suivant.

## CHAPITRE NEUVIÈME.

### HYSTÉRIE.

**Étiologie et définition.** Il est impossible de donner de l'hystérie une définition à la fois concise et adéquate. Le tableau symptomatique sous lequel elle se présente est si mouvant, qu'il n'y a pas un seul de ses traits

morbides qui puisse être considéré comme caractéristique ou pathognomonique pour tous les cas donnés. Dès lors, l'hystérie, considérée au point de vue symptomatologique, n'est pas une entité morbide renfermée dans des limites rigoureuses. En revanche le *caractère propre* de tous les états pathologiques auxquels nous attachons la qualification d'hystériques, permet facilement de les classer dans une même catégorie. Conséquemment l'hystérie possède ses modalités fondamentales et ses règles, comme toute autre maladie, et c'est uniquement parce qu'autrefois on en recherchait les lois partout ailleurs que là où elles se trouvaient effectivement, qu'on concluait erronément que les manifestations hystériques n'étaient soumises à aucun principe général.

La condition première pour acquérir la véritable notion de l'hystérie, nous paraît consister à s'affranchir de l'hypothèse surannée et insoutenable d'après laquelle l'hystérie serait une « maladie fonctionnelle généralisée de l'ensemble du système nerveux, d'où résulterait que tantôt l'une et tantôt l'autre partie de ce système est troublée dans son fonctionnement ». Pour nous, l'hystérie est une *affection qui se rattache exclusivement à l'activité cérébrale dans ses rapports immédiats avec les processus psychiques*. C'est, si l'on veut, une *psychose*, mais dans l'acception la plus large du mot, en ce sens que le trouble ne porte pas seulement sur la marche normale des processus psychiques eux-mêmes, mais principalement sur le *lien qui les unit aux processus d'innervation purement corporels*. Nous appelons par conséquent *hystérique* toute manifestation morbide qui dépend d'un trouble des rapports normaux existant entre les processus de notre sensorium et notre individualité physique. Entre les propositions de notre volonté et les agissements de notre système musculaire, entre les incitations des nerfs sensoriaux et notre conscience il existe, dans les conditions normales, des liens parfaitement déterminés et un enchaînement nettement réglé. Si dans cette liaison il se fait un relâchement, une désharmonie, s'il se glisse un vice de mesure, à l'instant surgit un trouble « nerveux » du mouvement ou de la sensation, un système morbide hystérique. Disons qu'en même temps le point de départ du désordre se trouve toujours en *dernière* analyse dans le domaine *psychique*. Si par exemple la proposition *émagée de la volonté* subit une modification morbide en ce sens qu'elle ne peut plus provoquer d'excitation motrice corporelle dans un domaine musculaire quelconque, alors se manifeste une paralysie hystérique. Si le sensorium se détourne constamment des influences sensorielles déterminées qui affluent vers lui, on a affaire en ce cas à une anesthésie *hystérique*. Les explications qui suivent rendront plus explicitement compte encore de l'*origine psychogénétique* caractéristique de tous les phénomènes morbides de l'hystérie.

Pour le moment, nous pouvons en conséquence de ce qui précède, assigner aux affections hystériques les caractères généraux suivants :

1. Les affections hystériques, quelque graves que soient les *troubles fonctionnels* d'ordre nerveux par lesquels elles se manifestent, ne correspondent jamais à de *grosses lésions organiques* du système nerveux. Cela ressort surtout de ce que *toute* affection hystérique, malgré son intensité, peut en certaines circonstances se produire et aussi se dissiper complètement dans un court espace de temps.

2. Dans la *plupart* des cas, les affections hystériques sont dans un rapport étroit avec des *causes occasionnelles d'ordre psychique*. Non seulement leur première apparition et leur développement originel sont en connexion intime avec des excitations psychiques, mais dans la suite de la maladie, les influences morales sont de loin les facteurs les plus capables, si pas les seuls, en état de modifier l'état morbide, soit dans un sens favorable, soit dans un sens désavantageux.

3. Quoiqu'il faille par conséquent chercher le *point de départ de toutes les affections hystériques* dans les *régions du système nerveux les plus centrales*, qui sont en rapport immédiat avec les facultés intellectuelles, il n'en est pas moins vrai que les *phénomènes* de l'hystérie peuvent avoir pour théâtre *toutes les sphères possibles du système nerveux, pour autant qu'elles sont sous la dépendance des influences psychiques ou que celles-ci peuvent se répercuter en elles*. Aussi bien les symptômes de l'hystérie présentent une variabilité qui ne se rencontre guère au même degré dans aucune autre affection. Parmi cette multiplicité de symptômes, quelques-uns cependant se rencontrent avec une fréquence telle qu'ils peuvent être considérés comme caractéristiques de l'hystérie et partant comme possédant une valeur particulière au point de vue du diagnostic. On désigne ces symptômes, d'après CHARCOT, du nom de « *stigmates hystériques* » ; ce sont ces symptômes qui sont les plus persistants et qui dès lors peuvent être facilement retrouvés en tout temps.

4. Outre les symptômes permanents, les « *stigmates* », on constate, en beaucoup de cas d'hystérie, des *accès* nerveux proprement dits. Ceux-ci également sont à un haut degré caractéristiques de l'hystérie, vu qu'ils se rencontrent fréquemment sous des formes qu'ils ne revêtent dans aucune autre maladie. Toutefois il y a des malades, atteints d'hystérie, qui n'ont jamais d'accès. L'éventualité d'une attaque d'hystérie est cependant toujours là. Très souvent les accès sont provoqués par des causes morales aisées à découvrir.

Si, après ce court préambule, nous voulons pénétrer plus avant dans l'*étiologie de l'hystérie*, nous devons, comme il a été dit, prendre tout d'abord

en considération les *causes d'ordre psychique*. Très souvent les affections hystériques succèdent immédiatement à une *violente commotion morale*, à un *ébranlement psychique*, si l'on peut s'exprimer ainsi. A la suite d'un fort *saisissement*, d'une grande *colère*, d'une *vive excitation*, on voit se produire des convulsions hystériques, des paralysies de même nature, etc. Il arrive qu'en ce cas la cause morale réellement efficiente est voilée par certaines circonstances accessoires. Cependant lors de la production des états morbides hystériques, une importance beaucoup plus grande et peut-être la plus grande revient aux *causes traumatiques les plus diverses* (chute, choc, brûlure, etc.). Ici également ce n'est pas la lésion corporelle comme telle, mais la *frayeur* qu'elle a provoquée ou plus exactement *l'ensemble de la commotion morale* engendrée par le traumatisme, qui donne lieu aux manifestations hystériques. Les affections nerveuses produites par ces traumatismes physiques (*hystérie traumatique, névroses traumatiques*) sont de si grande conséquence pratique que nous leur consacrerons encore dans la suite quelques considérations spéciales.

Un fait à remarquer, c'est que, dans ces conditions, les circonstances particulières qui accompagnent l'ébranlement moral, ont de l'influence sur la localisation de l'affection hystérique : *la partie du corps sur laquelle, au moment du choc moral, l'attention se porte principalement, est aussi parfois plus tard le siège de l'affection nerveuse*. L'*arthropathie hystérique* (p. 41) a souvent sa raison d'être dans un traumatisme qui a atteint précisément une jointure endolorie et contracturée. Chez une jeune fille réveillée la nuit par le feu qui avait pris à son lit, et à qui la fumée avait donné une violente laryngite, il se développa dans la suite une paralysie vocale incontestablement *hystérique*. Nous avons observé chez une fille, qui, en sautant d'un chariot, était tombée sur le côté, une *hémianesthésie* de ce même côté. Il serait facile de multiplier des exemples semblables.

Si, pour une série d'affections hystériques, la cause réside évidemment dans une violente émotion morale agissant tout *d'un coup*, en une foule d'autres circonstances il n'est pas question d'un développement aussi *aigu* de la maladie. De la même manière que pour un empoisonnement on distingue entre l'action subite d'une dose massive et l'intoxication chronique produite par des quantités minimes, absorbées dans un long espace de temps, ainsi également l'hystérie n'est pas toujours le résultat d'un seul et violent choc moral, mais elle est parfois la conséquence d'une *succession de secousses mentales peu importantes en elles-mêmes, mais qui persistent longtemps et se renouvellent incessamment*. Ce sont là de ces circonstances dont le médecin ne peut pénétrer le mystère étiologique que grâce à la confiance qu'il a gagnée et qui lui permet de saisir les secrets les plus

intimes de la vie et des relations des familles. Les soucis et les inquiétudes, les espérances trompées, les attentes déçues, bref tout ce qui bouleverse l'âme et l'opprime, est capable d'amener à la fin, dans le système nerveux, des désordres fonctionnels qui forment le cortège morbide de l'hystérie.

Convenons tout de même que l'hystérie naît quelquefois en dehors de toute cause occasionnelle particulière. Cela se rencontre surtout chez les jeunes personnes vouées *héréditairement aux névroses*. Ici il suffit parfois des sollicitations habituelles et journalières *adressées au système nerveux central originellement débilite*, pour lui faire perdre, pour ainsi dire, son équilibre normal.

Avec ce que nous venons de dire nous n'avons pas encore cité une cause particulièrement puissante dans l'étiologie de l'hystérie. Le même choc qui renverse un corps frêle, heurte en vain contre une organisation puissante. Nous observons exactement le même phénomène à propos « des secousses morales » qui atteignent le système nerveux. La vie est ainsi faite que peu de personnes échappent totalement à cet ordre d'influences. Mais toutes n'en éprouvent pas un contre-coup qui retentit d'une manière durable sur le fonctionnement *des organes*. Il y a de « fortes natures » qui résistent sans sourciller aux commotions de l'âme, d'autre part il y a des gens dont le *système nerveux est incapable de résistance* et qui fléchissent sous le poids des émotions psychiques. C'est ici qu'apparaît le fait si important de la *prédisposition morbide individuelle* du système nerveux, qui joue le principal rôle dans la pathogénie de tous les troubles nerveux fonctionnels. Quant à l'essence de cette prédisposition, nous l'ignorons complètement ; nous n'en connaissons que quelques facteurs occasionnels et nous en constatons les effets.

Cette prédisposition est très souvent un *legs* de famille. L'hystérie occupe une place importante dans cette chaîne de névroses héréditaires, qui tantôt sous telle forme, tantôt sous telle autre, enlacent les membres d'une même lignée (p. 467). Mais cette tendance peut aussi être *acquise* et son premier germe peut être nourri et encouragé aussi bien qu'il peut être supprimé et stérilisé. A cet égard les éléments d'ordre *somatique* non moins que ceux d'ordre *moral* entrent en ligne de compte. Tout ce qui débilite le *corps* ou détériore la constitution, affaiblit par là-même la force de résistance du système nerveux. C'est ainsi que nous voyons si souvent des affections hystériques naître consécutivement à une maladie corporelle quelconque. Au *point de vue moral*, il n'y a rien qui active le développement d'une prédisposition hystérique latente comme une *éducation mal dirigée*. Les erreurs d'une éducation qui ne réprime pas les caprices des enfants, qui néglige de tremper la volonté et le caractère, qui exalte l'imagination d'une manière

maladive ou phantastique, ou qui, en surchargeant l'esprit, tend outre mesure le ressort de l'intelligence et surexcite trop précocement les facultés naissantes, ces erreurs ne forment que trop souvent le fonds de cette faiblesse irritable du système nerveux, sur lequel s'édifie dans la suite le théâtre de l'hystérie.

C'est un fait généralement reconnu et avéré que l'hystérie est plus fréquente chez le *sex* « faible ». Cependant de graves symptômes hystériques (convulsions, paralysies, contractures, etc.) peuvent aussi se présenter chez *l'homme*. L'hystérie atteint de préférence la *jeunesse* et *l'âge moyen*. Même chez les *enfants* de 8 à 10 ans environ, on a vu des affections hystériques manifestes. Le premier indice de la maladie remonte très souvent aux années qui précèdent la puberté. La *nationalité* et la *race* semblent aussi n'être pas sans influence. Les formes graves de l'hystérie sont beaucoup plus fréquentes en France qu'en Allemagne. Cependant l'hystérie grave se rencontre aussi assez souvent chez nous. La *race juive* est particulièrement prédisposée à l'hystérie, comme d'ailleurs à la nervosité.

Enfin il nous reste à rappeler une circonstance à laquelle on a attaché autrefois une trop grande part d'influence, à savoir les rapports de l'hystérie avec les *maladies des organes sexuels*. Le nom seul d'« hystérie » (*ὑστέρα*, utérus) a trait à l'idée généralement reçue jadis, que l'hystérie prenait toujours sa source dans une affection de l'appareil génital de la femme. Abstraction faite de l'hystérie chez l'homme et chez l'enfant, une observation sans idée préconçue démontre que cette manière de voir est complètement dénuée de fondement, même pour ce qui concerne la femme. Un grand nombre de femmes hystériques sont exemptes de toute anomalie du côté des organes génitaux. Quand il coexiste une lésion de cette nature, il ne faut pas toujours admettre à priori qu'elle se rattache aux manifestations hystériques par un lien de causalité. En scrutant ces cas de plus près, on découvre presque toujours des éléments d'ordre moral, dont l'influence a infiniment plus de valeur sur le développement de l'hystérie qu'un déplacement de la matrice ou une angustie du canal cervical. Un seul point doit être relevé, c'est que les maladies des organes génitaux ont peut-être une action beaucoup plus dépressive sur le *moral* que plusieurs autres maladies chroniques, et peuvent à ce titre engendrer *indirectement* des affections hystériques. C'est à une influence *indirecte* de cette nature qu'il faut s'en prendre également pour expliquer comment les *processus de la vie sexuelle* (menstruation, grossesse, puerpéralité) peuvent aussi retentir sur le développement et la marche de l'hystérie. De la même manière on peut dire que la continence et les excès vénériens ne conduisent jamais directement à l'hystérie, mais seulement par des intermédiaires d'ordre moral.

## Symptômes et modalités phénoménales de l'hystérie.

En présence de la grande diversité des tableaux morbides sous lesquels l'hystérie se manifeste au dehors, il n'est pas facile de donner en quelques traits, de ces modalités cliniques, un aperçu complet, intelligible et qui soit en même temps exact. Ce but, nous croyons le mieux l'atteindre, en décrivant d'abord les symptômes les plus importants et les plus fréquents de l'hystérie, puis en dépeignant les attaques hystériques et finalement en tâchant d'ébaucher le tableau d'ensemble de la maladie.

## 1. Stigmates hystériques, en particulier les anesthésies et les hyperesthésies sensorielles.

Dès que le diagnostic de l'hystérie est acquis et qu'il ne reste qu'à le confirmer, il importe de rechercher chez le malade la présence de certains symptômes, qui, comme nous venons de le dire, se présentent si fréquemment et en même temps sont d'une nature tellement spéciale que par eux-mêmes ils ont une signification diagnostique décisive. Ce sont ces symptômes qu'on désigne du nom de « stigmates hystériques ». La connaissance de ces stigmates est d'autant plus importante pour le médecin, que le plus souvent il ne réussit à les établir que par une investigation particulière dirigée dans cette voie. C'est par exception que les malades eux-mêmes accusent ces symptômes ; avant l'examen institué à cette fin ils n'en soupçonnent quelquefois pas l'existence.

Les plus importants de ces stigmates hystériques, parce qu'ils sont les plus fréquents, se rapportent aux *perceptions sensorielles*. Plus on examine avec attention, moins souvent on rencontrera des cas d'hystérie grave qui ne présentent pas dans l'un ou l'autre domaine sensoriel des troubles manifestes, surtout un *affaiblissement de l'impressionnabilité d'un des organes des sens*. Il ne suffit donc pas d'explorer la sensibilité de l'enveloppe cutanée, il faut également analyser le fonctionnement des autres sens (vue, ouïe, odorat, goût).

Portons d'abord notre attention sur les *troubles de la sensibilité cutanée*. Très souvent on constate que la surface cutanée dans son ensemble est atteinte d'une diminution de la sensibilité et en particulier d'une *analgésie* plus ou moins complète. En ces cas on peut partout enfoncer profondément des aiguilles, transpercer d'outré en outré des plis cutanés, sans éveiller de la douleur. Les nombreux exemples connus d'hystériques qui pour paraître intéressants ou pour tout autre motif, se font à eux-mêmes des plaies et des blessures profondes, se rapportent presque toujours à de l'analgésie. Cette anesthésie cependant n'est pas toujours généralisée, mais elle se limite à des parties du corps déterminées. C'est ainsi qu'un bras, une jambe peuvent en totalité être frappés d'anesthésie ou qu'aux membres

ainsi qu'au tronc on ne retrouve que quelques îlots anesthésiques affectant toutes les formes possibles, et séparés par des lignes capricieuses du restant de la peau qui a conservé sa sensibilité normale. C'est presque toujours la sensibilité à la douleur qui est le plus atteinte. En même temps les autres modalités sensibles peuvent être parfaitement intactes. Cependant des déviations du sens de la température, du sens de la pression s'observent également. Hâtons-nous de dire que dans les formes graves d'anesthésie les *parties profondes* aussi sont fréquemment rendues *insensibles*, de manière que le *sens dit musculaire* fait défaut et que les malades, qui tiennent les yeux fermés, n'ont plus la moindre idée de la situation et de l'attitude de leurs membres anesthésiés.

Indépendamment des anesthésies cutanées, les troubles de la sensibilité des autres organes des sens (autres « anesthésies sensorielles ») se classent également parmi les signes les plus fréquents de l'hystérie. Quelquefois, quand on les interroge à cet égard, les malades avouent eux-mêmes qu'ils voient indistinctement et trouble. Examine-t-on leurs *yeux*, on constate que leur acuité visuelle est diminuée et que leur vue se fatigue vite. Le phénomène le plus caractéristique cependant, c'est le *rétrécissement du champ de la vision*, c.-à-d. une anesthésie des parties périphériques de la rétine. Le degré de ce rétrécissement présente des différences marquées pour les diverses perceptions colorantes. Au surplus l'*achromatopsie* hystérique, c.-à-d. la perte partielle ou totale de la perception des couleurs est un phénomène commun. D'après CHARCOT la perception du violet se supprime d'ordinaire en premier lieu chez les hystériques, puis celle du vert, et en dernier lieu seulement celle du bleu et du jaune. Disons toutefois qu'on aurait tort de tenir avec plus de rigueur qu'il ne faut à cette réglementation, à laquelle les auteurs français, qui ont d'ailleurs poussé si loin nos connaissances en matière d'hystérie, ont travaillé un peu trop schématiquement et en généralisant trop absolument. — La diminution de la  *finesse de l'ouïe* à l'une et l'autre oreille n'est pas rare non plus. L'*anesthésie du sens du goût et de l'odorat* est encore plus fréquente. Le sel, la quinine, le vinaigre, le sucre, etc., ne provoquent plus de sensation gustative du tout, ou bien la langue est anesthésique pour l'une ou l'autre de ces substances. La même chose a lieu pour l'odorat. Tous ces symptômes ont sous le rapport du diagnostic une valeur spéciale, en ce sens que dans les affections organiques des nerfs ils se rencontrent à un degré relativement beaucoup moindre que dans l'hystérie.

Les anesthésies sensorielles énumérées ci-dessus peuvent naturellement dans un cas donné s'associer de la manière la plus diverse. Aucune pourtant de ces associations n'est aussi caractéristique et spéciale, que l'*hémianesthésie*

*hystérique*, complexus symptomatique qui ne se rencontre guère que dans l'hystérie et qui dès lors est le plus souvent d'une valeur diagnostique prédominante.

L'*hémianesthésie hystérique* est un des symptômes les plus ordinaires de l'hystérie grave. Cependant elle doit le plus souvent être *recherchée*, parce que les malades eux-mêmes, chose étonnante, ne la soupçonnent pas le moins du monde, avant qu'on y ait appelé leur attention. C'est comme si toute une moitié du corps s'était dérobée à leur contrôle et ne les informait plus si elle continue ou non de recevoir des impressions.

L'hémianesthésie hystérique, dans les cas types et confirmés (les formes rudimentaires ne sont pas rares), se limite *exactement à une moitié du corps*. La partie anesthésique est séparée de la peau à sensibilité normale par une ligne qui coupe nettement le corps par le milieu. Le côté anesthésié est insensible à toutes les incitations imaginables (piqûres d'épingle, irritations thermiques, etc.). La peau y est parfois un peu plus pâle, et les vaisseaux paraissent y être contractés. Toujours est-il qu'elle saigne manifestement moins quand elle est blessée. Outre la peau, les *muqueuses* du même côté participent fréquemment à l'anesthésie. La conjonctive est insensible, de même que la moitié homologue de la bouche, de la langue, etc. Les parties plus profondes, les *muscles* et les *articulations*, sont aussi presque toujours insensibilisées. Du côté atteint les malades n'ont plus conscience de la position de leurs membres ; ils n'en perçoivent plus les mouvements passifs. Enfin, les *organes des sens* sont pareillement entrepris. L'*oreille* du côté anesthésié est dure, le *goût* est altéré dans la moitié correspondante de la langue, l'*odorat* est perverti dans la narine du côté atteint et la *vue se brouille* d'une manière spéciale du même côté. Il n'y a pas d'hémiopie, mais une *amblyopie totale*, même une amaurose complète de l'œil. Si l'amaurose n'est pas complète, il existe du moins une réduction du champ visuel et les signes d'achromatopsie décrits plus haut.

Faisant abstraction pour un moment de la série restante des symptômes hystériques avec lesquels l'hémianesthésie, comme toutes les autres anesthésies sensorielles, peut entrer en combinaison, il y a lieu de signaler encore un phénomène qui est en connexion plus étroite avec l'anesthésie et a été décrit tout d'abord par DUCHENNE sous le nom de « perte de la conscience musculaire ». Ce phénomène consiste en ce que les malades, *dès qu'ils ferment les yeux*, ne sont plus capables de *mouvoir*, par ex., leur bras anesthésié, quoique normalement susceptible d'être mis en mouvement. Cela étant, le bras demeure fixé dans la position qu'il occupait immédiatement avant. Vient-on à le changer passivement de place, il s'y maintient de nouveau fixé ; de sorte que, les yeux étant clos, la catalepsie

est manifeste. DUCHENNE attribuait ce singulier phénomène à la perte d'un sens spécial qu'il qualifia de « conscience musculaire ». D'après les idées que nous nous formons aujourd'hui de l'hystérie, il serait plus exact de considérer ce phénomène comme d'origine purement psychique.

Nous traiterons plus loin du symptôme spécial du *transfert* dont il a été beaucoup parlé, de même que de la *métalloscopie* et des *manifestations* qui s'y rattachent.

Après les anesthésies dont nous nous sommes entretenus jusqu'ici, disons un mot de l'*hyperesthésie* qui très souvent affecte chez les hystériques des *régions* déterminées. Ces hyperesthésies sont également si caractéristiques qu'on doit les compter parmi les stigmates hystériques et que par conséquent il importe d'aller à leur recherche dans tous les cas. L'attention du médecin est attirée vers ces endroits rien que parce qu'ils sont le siège constant de douleurs plus ou moins vives. Dans d'autres circonstances la sensibilité ne s'éveille que sous la pression. Cette hyperesthésie est parfois si marquée que le plus léger attouchement est à peine tolérable. Faisons remarquer que ce phénomène dépend beaucoup du degré d'attention du malade. Si on détourne celle-ci, une pression même un peu forte passe presque inaperçue. Ce qui démontre clairement qu'ici encore il s'agit le plus souvent d'une « hyperesthésie d'ordre psychique ».

Les *plaques hyperesthésiées* de la peau sont tantôt très étendues, tantôt circonscrites dans des limites étroites, parfois même réduites à un point déterminé. Elles peuvent être situées à côté ou au milieu d'une zone anesthésique. On les rencontre relativement le moins souvent aux membres, plus fréquemment à la tête ou au tronc, particulièrement au sternum, aux parties latérales du thorax, au-dessous du sein, etc. Les hyperesthésies les plus fréquentes et partant aussi les plus caractéristiques, sont celles qui côtoient la *colonne vertébrale* (points douloureux épiphysaires) et qui chez la femme sont situées dans la région abdominale inférieure (*douleur ovarique, ovarie*). Cette dernière désignation peut convenir, quoique nullement correcte, attendu qu'il ne s'agit effectivement que d'une sensibilité des parties molles qui se déclare immédiatement sous l'influence d'une pression exercée dans la profondeur et non d'un état douloureux exclusif ou prédominant de l'ovaire. D'ordinaire on ne constate l'ovarie que d'un seul côté, à gauche un peu plus fréquemment qu'à droite. Les symptômes qui chez l'homme ont avec les précédents une analogie apparente (sensibilité dans la région inguinale ou dans les testicules) sont plus rares. Une hyperesthésie non moins importante au regard du diagnostic, c'est celle qui se localise à la *colonne vertébrale, l'irritation spinale hystérique*. Elle s'étend à la colonne spinale dans sa totalité, se cantonne à quelques segments seulement de

celle-ci, éventuellement à quelques rares vertèbres. Elle atteint quelquefois un degré tel qu'au moindre attouchement ou à une pression un peu forte de la peau qui revêt les vertèbres, les malades accusent de vives souffrances et repoussent l'examineur. Ce symptôme est alors presque pathognomonique de l'hystérie.

Disons qu'une signification spéciale revient aux rapports qui relient les plaques hyperesthésiées aux attaques d'hystérie et qui ont fait donner aux premières la désignation de « zones hystérogènes ». En décrivant les attaques d'hystérie nous insisterons davantage sur ce point.

L'hyperesthésie se manifeste également dans d'autres domaines sensoriaux, telle est l'impressionnabilité anormale de l'œil, de l'oreille et ainsi de suite. C'est ainsi, par ex., que certains cas de blepharospasme hystérique semblent être dus à une susceptibilité excessive envers les impressions lumineuses. On observe quelquefois pendant les attaques d'hystérie, une acuité extraordinaire de l'ouïe. Enfin il faut ranger dans la même catégorie l'aversion des malades pour certaines sensations gustatives, olfactives et autres.

En cet endroit, il y a lieu de faire mention encore des *douleurs hystériques*. Celles-ci sont à peine à différencier des hyperesthésies hystériques. Presque tous les hystériques qui se plaignent de douleurs (au dos, à la face, dans les bras et les jambes, très souvent « partout » ! déclarent que le mouvement et la pression ont pour effet de les renforcer. Plus les malades s'absorbent dans leurs dispositions générales d'esprit, plus ils songent à leurs douleurs et plus celles-ci s'exaspèrent. S'ils se préoccupent d'autre chose, ils oublient complètement leurs souffrances. Les influences suggestives (v. plus loin) exercent un puissant effet. De sorte qu'il n'y a pas de doute que les impressions douloureuses sont de nature purement psychique. Ce sont pour ainsi dire « des douleurs imaginaires », des hallucinations douloureuses. — Ces douleurs hystériques acquièrent parfois une grande signification en ce sens qu'elles conduisent les malades à l'inactivité. Il y a des hystériques qui passent toute leur journée sur le sofa, parce que « de douleur » elles ne peuvent bouger aucun membre. Les cas prononcés de la sorte ont été désignés par MÖBIUS du nom d'*Akinesia algera*. A notre avis, il n'y a pas là de motif pour créer une maladie spéciale, attendu que assez souvent il se rencontre dans la neurasthénie et l'hystérie graves des états semblables soit isolés, soit combinés avec d'autres symptômes de la manière la plus diverse.

**2. Paralysies hystériques.** Les paralysies hystériques se déclarent parfois immédiatement après une violente commotion morale (par ex. les *paralysies dites par frayeur*) ; il est plus rare de les voir se produire graduellement. Dans leur essence, il faut les considérer comme des *paralysies*

*centrales*. Ce sont des *paralysies de la volonté* ; le territoire musculaire atteint est soustrait à l'empire de la volonté. Les malades font l'effet de gens qui sont parfaitement en état de mouvoir le membre paralysé, pourvu qu'ils en aient la volonté. Seulement ils ne *savent* pas vouloir, et c'est tout juste en cela que consiste l'état morbide. Une circonstance qui nous paraît aussi digne de remarque, c'est que les paralysies hystériques n'intéressent très souvent (pas toujours) que certains mouvements *combinés*. Plusieurs malades savent très bien déplacer leurs jambes, quand ils sont au lit par ex., mais ils sont incapables de *faire un seul pas*. Nous avons vu entre autres, une *paralysie d'écrivain* de nature hystérique : le bras droit n'était presque pas paralysé, mais à chaque tentative d'écrire, il refusait complètement d'obéir.

Les paralysies hystériques frappent le plus souvent les *membres*, surtout les *jambes*, quoiqu'il y ait aussi des *paralysies hémiplegiques*. Une des formes paralytiques les plus fréquentes consiste en ce que les malades ont perdu la faculté de se *tenir debout* et de *marcher*. Ils restent au lit ou sur un sofa tout en pouvant assez bien rentrer et étendre les jambes. Mais sitôt qu'ils se tiennent debout ou qu'ils marchent, ils ployent dans leurs articulations, se mettent à trembloter, commencent à respirer rapidement et convulsivement, et ne font pas le moindre effort pour se servir de leurs jambes. En France, pour désigner ces fréquents symptômes hystériques on se sert des mots « astasie » et « abasie ». — S'il n'y a qu'une jambe de paralysée, les malades marchent quelquefois d'une allure particulière et très caractéristique. Ils font un grand pas avec la jambe saine, tandis que la jambe paralysée, maintenue entièrement raide, est entraînée après l'autre en faisant sur le sol un bruyant tracé. Les *bras* sont beaucoup plus rarement atteints de paralysies hystériques, qui d'ailleurs ne se rencontrent qu'exceptionnellement dans les *muscles de la face*. Une fois nous avons pu observer de la diplopie hystérique.

En ce qui concerne la nature intime de la paralysie, il peut se présenter dans l'hystérie des *paralysies flasques*, de même que des paralysies *spastiques*. Dans beaucoup de paraplégies hystériques, les réflexes tendineux sont tellement exagérés, il se produit même, ainsi que nous avons eu l'occasion de le constater, un phénomène du pied tellement fort, qu'à première vue on serait tenté de croire à une véritable paralysie spinale. En d'autres circonstances, comme par ex. les paralysies du bras, le membre frappé pend dans un état de flaccidité complète. En même temps les parties paralysées sont parfois entièrement anesthésiées (ce qui, au point de vue du diagnostic, est quelquefois un caractère décisif) ; dans d'autres cas au contraire, elles possèdent leur sensibilité normale, à moins qu'elles ne soient hyperesthésiées.